

VÉLEMÉNY

Magyar Urológia, XXIV. évfolyam, 1. szám (2012)

Dunakeszi Szakorvosi Rendelőintézet Urológia, Dunakeszi

Szűrni, vagy nem szűrni Magyarországon – 30 év szakrendelői tapasztalat alapján

Varga Imre dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A közelmúlt éveinek változásai a prosztaták diagnosztikában, az orvostechnológiában, műtéteknél, valamint a gyógyszeres és onkológiai lehetőségek kiszélesítésében átértékelésre készítetik a szakrendelői gyakorlatot az 50 év feletti férfiak folyamatos szűrése kapcsán. Kellő kritikával kezelendők azok a külföldi vélemények, amelyek tagadják a szűrés fontosságát és a megszívlelendő tanulságok levonásával a hazai viszonyok között ezek átértékelése javasolt, figyelembe véve, hogy ez a legravezetőbb beteg edukációs módszer. A prostata pozitív tapintási lelete, a magas PSA-érték és a pozitív hisztológia biztonságán kívül sokszor a kevésbé egyértelmű esetekben a lehető legkorábbi véleményalkotás igénye szükségelteti néha a szakorvos részéről a korábbi évek rutinját, szakmai megérzéseit is, mint nehezen meghatározható – nehezen standardizálható – segítséget. Cél a lehető legkorábbi stádiumában kiszűrni a prostatatadaganatos eseteket, ezáltal csökkentve az előrehaladott stádiumú esetek számát! Mindez nem csupán emberi, szakmai, hanem finanszírozói érdek is. A kiszűrt esetek komplex ellátásához több intézmény korrekt szakmai együttműködése szükséges. A szűrési feladat kiemelt és nélkülözhetetlen része az a speciális kommunikációs technika, amelynek eredményeként a beteg a saját sorsáért aggódva, a szükséges kontrollokon megjelenjen, és cél az is, hogy a bizonytalan szituációkban is a végleges eredményhez jutásig sikerüljön betegeinket segítő partnerré tenni.

Jelen véleményem nem tudományos igénnyel összeállított munka, inkább a kerek 30. – szakrendelőben eltöltött – évforduló szolgál alapul a következtetések levonására, és egyben értékelésre kerülnek a témakört érintő hazai és nemzetközi vélemények.

Dunakeszi, Göd, Fót kb. 90.000 lakosának urológiai problémáit részben egyedül látom el 1982 óta szakrendelősemen, amely munka kezdetben főfoglalkozású alapellátási tevékenység mellett részállásban, majd 1987-től csak urológiai szakrendelőként főállásban történt. Az eltelt 30 év visszatekintése lehetőséget ad arra, hogy értékelhető szempont legyen az alapellátási munka által megszerzett, a szervezet egészét is figyelembe vevő holisztikus szemlélet rögzülése, valamint a több generáció személyes ismertsége, amelyek – megítélésem szerint – az eredményesség kialakításában komoly szereppel bírnak. Osztályos kapcsolatomban mind emberi/kollegiális/szakmai vonatkozásában példaértékűnek mondható a Váci Kórház Urológiai osztályával, ahol a túbiopsziák és műtétek történnek.

Igyekszem úgy szervezni, hogy a hozzám tartozó férfilakosság 50 év felett évente legalább egyszer jelenjen meg időszakos vizsgálaton függetlenül attól, hogy vannak-e urológiai panaszai vagy nincsenek. Meg kell mondanom, hogy ilyen irányú következetes igyekezettel el tudtam érni, hogy a hasonló szakellátási egységek összehasonlításában a rendszeres éves vizsgálatokon jelentkezők száma magasabb mint más

hasonló területeken. Ezt a következtetést a kollégákkal folytatott szakmai megbeszélések eredményéből vontam le.

Természetesen elsősorban a prosztaták kiszűrése a cél, illetve az, hogy az idő múlásával nagy valószínűséggel bekövetkező alsó húgyúti elzáródásos eredetű problémák ne meglepetésszerűen ériék betegeimet, amikor már a beszűkült lehetőségek és a korrallal együtt járó társbetegségek miatt esetleg a vizeelési gondok jó és végleges megoldása háttérbe szorulhat. Második feladat az ugyancsak korrallal együtt járó erektilis diszfunkciós problémák felderítése és érdemi befolyásolása. Jelen összefoglalóban ezen utóbbi, illetve egyéb, pl. vizelettartási és esetleg gyulladásos betegségekre nem térnék ki!

Az utóbbi évtizedek orvostechológiájának ugrásszerű fejlődése és a gyógyszeres lehetőségeink látványos bővülése komoly mértékben befolyásolták szakmánkat. 20-30 évvel ezelőtt csaknem hetente kellett műtetre küldenem egy-két beteget BPH miatt, amikor csak az a sikerélményem lehetett, hogy mindegyik a beteg jó általános állapotában kerülhetett sor, és alapos ambuláns kivizsgálás segítségével sikerült minimalizálni a bentfekvés időt. Megjegyzendő, hogy ekkor még az esetek java része a transzvezikális műtéti megoldást igényelte, a kisebb hányad csak a TUR-t. Hát ez az idő elmúlt. Drasztikusan lecsökkent a műtetre kerülők száma, amit nagy részben az eredményes gyógyszeres terápiának köszönhetünk. A betegek rendszeres követésével a gyógyszeres kezelés mellett választható ki – amennyiben szükséges – az ideális időpont a dominánsan TUR műtetre, amelyre korrekt belgyógyászati előkészítést követően mehet a beteg, lehetőség szerint a legkisebb rizikót vállalva. Speciális kommunikációt igényel mind a beteggel, mind háziorvosával a műtét időpontjának kiválasztása, ha a panaszmentesség vagy minimális panasz dacára, az emelkedő reziduális vizeletmennyiség és vesefunkciós értékek változása miatt. Ilyenkor a beteg kora, egyéb betegségei stb. függvényében korábban végzendő végleges műtéti megoldás. Ezen koncepció következetes alakításával elmondhatom, hogy csak olyan állandó katéteres betegek vannak, akik már csak késői stádiumban kerültek elém, illetve az a néhány beteg, akik hivatkozással panaszmentességükre nem vállalták a műtétet, de amikor a vizeletelakadás bekövetkezett, már az urológiai jellegű beavatkozást a belgyógyász kontraindikálta, így maradt a katéteres vizeletelvezetés, mint egyetlen lehetőség. Tehát ezen korrallal együtt járó problémák miatt feltétlenül célszerű az említettek tervszerű urológiai követése! Nem értek egyet a háziorvosnak leadott vényírás rendszerével, amelynek kapcsán a beteg csaknem eltűnik látókörünkéből!

Évtizedekkel ezelőtt szinte kizárólag csak a rektális digitális vizsgálattal – és sokszor később – tudtuk diagnosztizálni a prosztatákat – esetleg azt biopsziával igazoltuk is – amelyre orchiectomia és a kevésbé hatékony gyógyszeres lehetőség volt az egyetlen megoldás. Szomorúan vettük tudomásul, hogy ezen betegek sorsa meg volt pecsételve. Napjainkban viszont a többféle behatolásból végezhető biztonságos radikális prostatectomia, illetve ennek a laparoszkópos változata forradalmasította az eredményeinket. A külföldi gyakorlatban rohamléptekben terjedő robot-asszisztált legkorszerűbb műtéttechnika kopogtat ajtónkon, amelynek hazai bevezetése remélhetőleg nem sokat várathat magára. Öröm számunkra, hogy a diagnosztika biztonságát olyan lehetőségek fokozzák, mint pl. a PCA 3 genetikai teszt, vagy a daganatok anyagcseréjét vizsgáló spektroszkópos MR, akár a kevésbé specifikus PET elérhetősége. Korszerű gyógyszeres előkezeléssel a konformális külső besugárzás, az intenzitás modulált radioterápia, a brachyterápiák szinte teljességgel tökéletessé teszik ezt a fegyvertárat. Ezen eredmények kihívás elé állítják a szakorvosokat, véle-

ményem szerint elsősorban a járóbeteg-ellátás frontján, a lehető legkorábbi stádiumban levő betegeknel, hogy azok melyik kuratív kezelést válasszák.

A finanszírozó aggodalommal követi a prosztata daganatok ellátására fordított kb. 2 Mrd Ft-os növekményt (2007–2010), amely összességében így 2010-ben elérte a 12 Mrd Ft-ot. Ezen időszakban a radikális prostatectomiák száma 313 ról 731-re emelkedett, de míg a növekményből a kórházi kiadások csupán 15-18% ot igényelnek, addig a gyógyszerkassza oldalán már 77-79% a részarány! Kibontást igényelne az esetszám-emelkedések pontos mértéke és a feltárt esetek grade és staging szintje, hogy a megnövekedett igények jogosságában véleményt lehessen alkotni. Remélem, hogy a finanszírozó is partner az ajánlásokban szereplő javaslatban, hogy a lehetőség szerint a legköltséghatékonyabb ellátási szinten és a legkorábbi stádiumban kerülhessenek kiszűrésre a pozitív esetek! Megnyugtató viszont az a tény – amely ugyancsak az OEP háttér tanulmányból olvasható – hogy a jelzett 2007–2010-es időszakban a járóbeteg szakellátásra fordított összeg kb. 490 M Ft-os évi mértéke lényegében nem változott! Bonyolítja az elvárásaimat e kérdésben, hogy nincsen a járóbeteg szakellátásban használatos, standardizált adatokon alapuló homogén anyaggyűjtés és ilyen eredetű közlemény. Nagyon kívánatos lenne egy olyan tudományos tanulmány, amely költséghatékonysági szempontból aránytana a szűrés költségeit az annak hiányában generálódó egészségügyi kiadások mértékével! Kétségtelenül nem számszerűsíthető az életév nyereségek témaköre, ami azonban jelentős szempont a terápiás lehetőségeink birtokában! Esetleges vita kapcsán azt emelném ki, hogy az 50 év feletti korosztály amúgy is potenciálisan veszélyeztetett a BPH szemszögéből, tehát az egyébként nem beutaló kötelező rendelések felkeresése nem jelent aránytalan veszteséget a kasszának. Egyébként több külföldi megbiztosító 45 év felett fizeti, sőt egyesek kötelezik is a férfiakat az urológiai kontrollvizsgálatokra. Félreértés elkerülése végett nem a csak és kizárólag daganaszűrés feladatát szeretném önálló életre kényszeríteni az ambuláns urológiai szakorvosi gyakorlatban, hanem ugyanazt szeretném nyomatékosabban integrálni a mindennapi tevékenységbe. A témakörben megfogalmazott ajánlásokban az is szerepel, hogy az in situ carcinomától a klinikailag kimutatható stádiumig 6-8 év telhet el, amely tény indokál szolgálhat az 50-70 év közötti korosztályra fordított nagyobb figyelemnek, ez elsősorban a járóbeteg-szakellátás feladata.

Ezen feladat végzéséhez magamban a szakma által meghatározott kellékein kívül szerintem néha szükségeltetik az a jó néhány, akár évtizedes tapasztalat is, amelyet magam sem tudok pontossággal megfogalmazni, de biztos vagyok benne, hogy ezt valamennyi korosztályombeli kollégám ismeri. Utóbbi esztendőkből egyre többet jut eszembe nagy tanítómesterem és példaképem *Dr. Diószeghy György főorvos úr* példája, (számtalan esetben nem értettük, hogy miből jutott szerényen elhangzott következtetései, amelyekben rendre bebizonyosodott, hogy neki volt igaza) akit most – évtizedekkel később – kezdek igazán teljességgel megérteni. Ennek kapcsán azt is ki kell mondanom, hogy pontosan ezen kevésbé definiálható indokokkal többször kell eltérnem a „kőbe véssett” irányelvektől, de ezen esetekben tapasztalt eredmények felmentést adnak.

Egyre hangosabb viták zajlanak a nemzetközi irodalomban a prosztatarák szűrésének témakörében, amelyek komoly mértékben elgondolkoztatnak. Egyéni tapasztalataim, hogy a szűrés a beteg edukáció legjobb módszere, valamint az elfogadható érvek és a hazai-külföldi viszonyok és szakmai ajánlások ismerete függvényében értekelem az érveket és igyekszem hasznosítani amit lehet és kell. Elfogadhatóak a

Jornal of Clinical Oncology egyik cikkében írtak, amelyben több korcsoport szűréséről hallatják véleményüket a szerzők. Tanulság: *szűrési lendületünket dominánsabban inkább az 50-es éveit taposók csoportjai esetében lenne célszerűbb aktiválni, mint a szerzők által idézett 70 és 80-90 éves korcsoportok esetében.* Tovább megy e kérdésben az Amerikai Rák Társaság és az Amerikai Urológus Társaság, akik egyáltalán nem is javasolják a szűrését azoknak, akiknek várhatóan 10 évnél rövidebb életidejük lehet hátra, sőt az USA Betegség Megelőző Szervezete a szűrését 75 éves korban abba hagyni javasolja, mivel, mint megjegyzik, a szűréseknek több az ártalma, mint a haszna! Szerintem ez érvényes Amerikában, de nem hazánkban, ahol a betegségsímeret tragikusan hiányos.

Az Amerikai területen persze különleges szempont a műhibaperektől való félelem! A védekezés fő indokával végzett és ingatag indikációkon alapuló képalkotó eljárások (CT, MRI) magas száma a hazai viszonyok között nem jellemző, sőt a rendszerünkben meglevő fékek miatt nem is lehetséges. A prosztatatarák szűrésének ellenzői komoly érvekkel bírnak a feleslegesen végzett nagyszámú vizsgálatok számait emlegetve, amelynek indoka szerintem ott kettős: egyrészt a „defenzív gyógyítás”, másrészt valós üzleti érdek ad alapot a felesleges vizsgálatok végzéséhez. Véleményem szerint ezek hazánkban nem vehetőek figyelembe a kérdés kiértékelésekor!

Számomra értelmezhetetlen az a washingtoni közlemény, amelybe a bevont 55-74 éves férfiak 10 éves követése kapcsán nem tapasztalták a szűrés hasznosságát, pl. nem csökkenti a halandóságot. Én a kb. 90.000-es területem érintett férfi lakosának ellátása kapcsán tudom a leghatározottabban állítani, hogy esetemben ez nem igaz! Az elmúlt 10 évben szűrés alkalmával talált tokon belüli állapotában, illetve kitört, de palliatív kezelhető prosztatatarákos betegek száma adják határozottságom alapját. Azt is meg kell állapítanom, hogy az elmúlt kb. 10 év folyamán a szűrések kapcsán *korai – szervre lokalizált – stádiumában ismertté vált* és protokoll szerint kezelt betegek közül egyet sem vesztem el urológiai okkal magyarázhatóan! Egyebekben európai szerzők is kétségbe vonják a nevezett washingtoni közlemény állításait, konkrétan egy kritizáló cikkben 182.000 betegten végzett felmérés kapcsán, hogy a végzett szűrés *20%-kal csökkentette a prosztatatarákos halálozást.*

A British Medical Journal 2010 márciusi számában közölt másik cikk szerint is a szűrés nem ment életeteket! A hamis pozitív eredmények kapcsán generálódó *túlkezelésekre*, a PSA alapján túlzott mennyiségben végzett biopsziákra hivatkoznak és ezért nem is javasolnak rutinszerű szűrését! Ennél a gondolatnál elidőztem, és saját eredményeimet hívtam a kérdésben segítségül. Prosztatárak gyanúja miatt indikált túbiopsziák esetében kb. 70%-ban igazolták a feltételezésemet. Hangsúlyoznom kell, hogy találatnak minősítem azon beteg esetét is akinél a pozitív hisztológia nem az első biopszia alkalmával adódik. Az átlagom 2 körüli, – 2-3 közötti – de egyetlen alkalommal volt egy 5. alkalomra pozitív biopszia is. Ennek alapján esetemben nem tudok azonosulni az álpozitív eredmények generálta túlkezelések veszélyével! Javasolom, hogy végezzen mindenki felmérést saját eredményeiben, és így még a gyanúja is elkerülhető a túlkezelés ezen formájának, amennyiben a találati arány inkább magasabbnak mondható. A témakörben aggódó gyakorlati szakemberek pontosan a feleslegesen végzett biopsziák elkerülése végett elsősorban a beavatkozás indikációs protokolljának megfelelő pontosításán, valamint a célzási metodikák korszerűsítésén, biztonságának fokozásán munkálkodnak. Egyebekben igen nehezen értelmezhető számomra az, amikor „túlkezelésre” hivatkozással is a kiszűrt pozitív esetek jelentős százalékában javasolják egyes szerzők a T1-T2, Nx-N0, M0 lokalizált stádi-

umban (Grade <6, PSA <10) a betegek követéses módszerét (aktív surveillance), amely számtalan további kérdést vehet fel. Rendelőinkben is szomorúan tapasztaljuk azt a nemzetközi adatokból is sugárzó trendet, hogy egyre magasabb Grade értékeket találunk a biopsziák során, tehát a megnyugtató aktív surveillance lehetősége ennek megfelelően komoly mértékben csökken. Netán a beteg a várakozást értékén alul kezeli, *el is tűnhet* joggal előlünk, vagy esetleg minden igyekezetünk dacára az „aktív felügyelet” során csaknem *észrevétlenül szalad el a folyamat*, és később kényszerülünk rádöbbsenni, hogy rosszul döntöttünk, rossz irányba engedjük siklani betegünket. Megjegyezném, hogy számomra nehezen elképzelhető azon randomizált klinikai vizsgálat is, amelyben a radikális prostatectomiás betegeket hasonlították a watchful waiting-es betegek csoportjával (T2b-T2c vagy Grade=7 vagy PSA 10-20), mivel én nem szívesen irányítottam volna betegeimet a vizsgálat megfigyelt – tehát nem műtétes – csoportjába! Tehát aki állítja a *túlkezelés* veszélyét, az adjon egy biztos metodikát is a diagnózisában támadhatatlan és bevállalható esetek kezelésétől való tagadáshoz! Számomra inkább gondolatébresztő e témakörben azon szakemberek vitája a kérdésről, akiknek inkább kellő óvatosságát bizonyítja, hogy határozottan elutasító véleményt nem fogalmaznak meg, és szakmaiságukat inkább tükrözi a tanácsokra történő szorítkozás, mintsem a cikkekből sugárzó határozott állásfoglalások megfogalmazása.

A szűrést ellenzők érveik alátámasztására a Norrköping svéd városban kb. 9000 férfin végzett szűrések eredményét hozza fel például. Megjegyzik, hogy az 1987–1996-ig pusztán rektális digitális vizsgálat (RDV) volt az egyetlen eljárás!!! Röviden erről azt mondanám, hogy ennek egy tanulmányban történő említése is nálam kimeríti a szakmai hiba kategóriáját, mivel ezek az idők és eredmények egy napon nem hasonlíthatók a PSA korszakhoz, tehát ezt akár figyelembe sem szabad lenne venni! Az általuk 1993-tól jelzett időpontot sem merném alapnak venni, mivel – dacára a PSA lehetőség megjelenésének – sem a műtéstechnikák, sem a gyógyszerek, sem a komplex onkológiai lehetőségek nem nevezhetőek a jelen gyakorlat analogiájának, tehát minden összehasonlítás torz következtetéshez vezet!

A tanulmány ugyan elismeri, hogy az idő előrehaladtával kétségtelenül igaz, hogy *a szűrt csoportokban egyre kisebb és lokalizáltabb daganatok válnak ismertté!!!* No ez a lényeg, ami mellett viszont teljességgel elmegy a szerző. Ha ezen logikával folytatták volna következtetéseiket, teljesen más eredményre jutottak volna!

A Karolinska Institut orvosai *Dr. Sandheim* önmagának mond ellen, amikor tagadja a PSA információt adó hitelességét –jóllehet e téren mond igazat is – és hangsúlyozza annak káros és drága következményeit, ugyanakkor megjegyzi, hogy ha netán valaki mégis kíváncsi lenne, hogy van-e prosztatarákja, akkor csináltassa meg magának ezt a laborvizsgálatot. Én ebben nem látok sem logikát, sem szakmaiságot, sem következetességet a szerző részéről! Ez azt jelentené, hogy a jól informált betegeknek jár a PSA, a rosszul informált, pedig növelje tovább a prosztatarákját. Nem tudok mit kezdeni azzal a megjegyzésével sem, hogy „a szűrésből származó haszon nem indokolja a tömeges szűrést”, mert kifelejtje az edukációs előnyöket.

A finanszírozási viszonyokat pontosan nem ismerem sem angol sem svéd területen, de feltételezem, hogy ott az orvosok nem 500-600 eurós nettó béren alkalmazottak – mint nálunk – és a labor stb. vizsgálatok ára is a piac által meghatározottak, és nem a „*gyógyító megalázó kassza*” zártsága által kényszerítő viszonyok uralkodnak. Tehát ha vizionálok azt az angol és svéd szakrendelést, ahol egy egyszerű szakvizsgálatra is lehet több hónapos a várakozási idő, akkor már el tudom képzelni, hogy

teher és nyűg az a szűrésen jelentkező beteg, akit talán kelleltenül vizsgál az ottani egészségügy, mégpedig azzal, hogy a többi betegetől veszik el az időt, jóllehet komoly piaci áron kalkulálva a találkozást. A pozitív kiszűrt esetek további költségigényét már szinte el sem tudom képzelni. Itthon sem olcsó, de ott többszöröse lehet, gondoljunk egy laparoszkópos radikális prostatectomia – meglehetősen nyomott – értékére itthoni és kinti összehasonlításban, nem beszélve a rohamosan terjedő robot asszisztált da Vinci-műtétek költségéről (USA-ban már csaknem 90%-ban így végzik), amely esetenként 2 millió Ft-ot is elérhet. Ilyen aspektusból nézve számszakilag érthető az ellenállás, de mind szakmailag, mind emberileg részemről – hazai körülmények között – a szűrés hasznosságának tagadása nem elfogadható, külön is hangsúlyozva annak edukációs jelentőségét.

Személyes konklúzióm – és itt nyugodtan merek nyilatkozni a kiszűrt és kezelt, panaszmentes betegek nevében is – a *kérdés szakmai vonatkozásában*, ezzel a problémakörrel szívesebben vagyok Magyarországon orvos és akár beteg egyaránt.

Égető szükségességét hangoztatja a szakma több fórumon is egy sokkal pontosabb, megbízhatóbb diagnosztikai lehetőségnek, amely nagyobb biztonságot adhat a rákos folyamat megállapításában. Jó lenne egy új diagnosztikai segítség birtokában lennünk, de ez egyelőre számunkra sem technikailag sem anyagilag nem képzelhető el! Hasonlóan értékelhető és egyben elérhetetlen a számunkra az az esetleges lehetőség is, amelyről az Amerikai Tudományos Akadémia folyóirata (PNAS) számol be. A szerzők vizsgálatai szerint a pozitív esetek 27%-ában sikerült kimutatniuk a biopsziás anyagokból az XMRV rákkeltő vírus genetikai állományát.

Feltétlenül megemlítendő az utóbbi években viszont rendelkezésünkre álló, a prosztatamasszás utáni vizelet ún. *PCA3 genetikai vizsgálata*, amely diagnosztikus pontossága irodalmi adatok alapján elérheti a 80%-ot. Kétségtelen előnye, hogy az érték független a prosztatata gyulladásától és a volumenétől, azonban sajnos mivel a vizsgálatot a biztosító nem téríti (külföldön sem!) ezért önköltséges (ára 64.000 Ft)! Azon betegek esetében, akiknél az egyéb diagnosztikus vizsgálatok a malignitás gyanúja ellenére bizonytalanok voltak, és szükségesnek véltem a PCA3 genetikai vizsgálatot 10 betegből kb. 7 pozitív eredményt adott, amelyeket hisztológia is igazolt. A maradék kb. 3 negatív esetében – akik azért változatlanul szoros kontrollok alatt állnak – eddig még nem igazolódott daganat.

A szélsőségességtől sem mentes vélemények sokaságában meghatározónak tartom *prof. dr. Romics Imre* véleményét, (ld. pl. LAM 2010. novemberi szám), amelyet több fórumon ismerhettünk és ismerhetünk meg, akinek e témakörben íródott nagydoktori disszertációja is. Hasonlóan iránymutató funkcióval bírnak számomra az európai irányelvek és a Magyar Urológus Társaságnak és a Szakmai Kollégiumnak a kérdésben kialakított állásfoglalásai is, amelyek egyben alapját is képezik az OEP Orvosszakértői és Ellenőrzési Főosztályai által összeállított ajánlásnak és finanszírozói háttéranyagnak.

A prosztatarák szűrésének témakörében olvasható több közleményben is a PSA megbízhatatlansága, sőt egyes közleményekben alkalmatlansága. A saját gyakorlatom szemszögéből ez ilyen határozottan nem állítható, mivel annak felhasználása, értékelése függvényében ez lehet egyrésről igaz is és nem is!

Igaz abban az esetben, amikor:

- hibás jogszabály alapján a háziorvos csak *szabad PSA-t* kérhet (totál PSA-t nem!)! (Azzal viszont egyet lehet érteni, hogy PSA-vizsgálat kérése szakorvosi kompetenciába essen.) Kellő ismeret híján a háziorvos kollégáknak fogalma

sincs arról, hogy ez önmagában a szabad PSA még a szakember számára is nulla információt ad! Esetleg a normális tartományba eső érték birtokában megnyugtathatja a betegét, hogy nincs veszély, aki boldog, hogy megúszott egy kellemetlen urológiai vizsgálatot. Sajnos ilyen hiba kapcsán meglevő prosztatata cc. szinte kivétel nélkül már csak késői stádiumban kerül elénk, amikor már segíteni érdemben nem úgy tudunk, mintha korábban fedeztük volna fel.

- Találkoztam több beteggel, akiknek sikerült elintéznüik – pl. fizetős laborvizsgálattal –, hogy (total) PSA-értéküket nem urológus kérte, tehát szakvizsgálat nem történt! Vizsgálat nem történik és a véleményt így nem szakember mondja ki a megkapott érték alapján. Ez súlyos hiba!
- Hibás az a gyakorlat, amelynek alapján gyógyszertárban kapható – és számomra nem meggyőző hatékonysággal működő – teszt segítségével próbál a laikus beteg a PSA-értékéről tájékozódni.
- Hibásnak és szakmailag inkorrektnek tartom azt a gyakorlatot, amelyben az ún. menedzserszűrés kapcsán a nem kevés pénzért végzett, egyebekben külsőleg demonstratíven dokumentált kivizsgálási protokoll része a PSA, de szakorvosi vizsgálat nem történik? és a beteg értékeinek követése sem. (Tisztelet azon kivételeknek, ahol mindez szakszerűen protokoll szerint történik!) Rágondolni is rossz, hogy a drágán megfizetett szolgáltatás milyen nyugalmat ad az érintetteknek.
- Hibás az a gyakorlat, mikor egy beteg különféle hirdetések, baráti ajánlások alapján váltogatja a szakorvosokat, magánrendeléseket, ahol az esetek túlnyomó részében semmilyen dokumentumot nem adnak, csak annyit tud, hogy „legyen nyugodt, nincs prostata rákja”. Egy konkrét eset után járva tudtam meg, hogy a több alkalommal különböző helyeken végzett PSA-k majdnem mindegyike normális értékhatáron belüliek voltak (az utolsó 5 körülire, meg azt mondták, hogy ez még akár normális is lehet) csak az nem derült ki, hogy az egymás utáni értékek mind magasabbak voltak az előzőnél.
- Egyes gyógyszerek (finasteridek) hatással lehetnek a PSA-szintre, mely annak csökkentése által megtévesztő is lehet, de említendő maga a rectalis digitalis, esetleg urológiai/proctológiai eszközös vizsgálat PSA értéket emelő következménye is.
- Sajnos valamennyiünk gyakorlatában akad olyan beteg, aki „nem ismeri a szabályokat” és normális PSA-értékkal tumoros! Ez a legnehezebb kategória, különösen, ha még a tapintási lelet sem gyanús.
- Mindenki tud gyakorlatából említeni olyan beteget is, akinek 15, vagy 30-as PSA-ja hosszú évek óta nem is változik, de tumort sem tudunk kimutatni. Ezek is sok fejtörést okoznak különösen az első esztendőkből.

Nem igaz, mivel lényegében egy magas szenzitivitású de ugyanakkor alacsonyabb specifitású diagnosztikai lehetőségről van szó, amely csak úgy válhat igazán hasznossá, ha a szakorvos tervszerű és rendszeres szűrés kapcsán a *PSA-t, mint egyik segítő tényezőt* valamennyi egyéb kellekkel szakszerűen alkalmazza. Számtalan olyan példám van, mint más kollégámnak is, amelyekkel bizonyítható, hogy ha nem lenne fegyvertárunkban a PSA, akkor nem derült volna ki időben probléma! Itt jön be az általam többször említett tapasztalat, vagy rutin is, mint komoly segítség, amellyel csökkenthető a PSA-értékből néha adódó, kétségtelenül meglevő bizonytalanság. Felhívja a figyelmünket a kérdés bonyolultságára – a nem egyértelmű eseteinek vonatkozásában – azon viták összessége, amelyeket a szakmánk kiválóságainak segítségével végzünk csaknem rendszerességgel az éves szakmai konferenciáinkon (Fűvészkerti Urológiai Napok, Uro-Onkológiai Konferencia stb.).

Emelkedett/magas PSA, egyértelmű tapintási lelet és pozitív hisztológia a legegyszerűbb feladat és eredmény a prosztaták kiszűrésében. Ezen esetek továbbvitele is egyszerű és elmondható, hogy gondokkal küzdő egészségügyünkben mind a műtéti, a sugárterápiás és a gyógyszeres vagy egyéb onkológiai kezelése gond nélkül szervezhető, amely a beteget anyagilag nem is terhelheti meg. Sajnálatosan gyakran már előrehaladott állapotban kerülnek szemünk elé a prosztatáros betegek, amelyen változtatnunk kell és lehet!

A többi beteg okoz nagyobb gondot szakrendelésemen, akik esetleges problémájának mind bizonyítása, mind kizárása komoly munkát és a beteggel speciális kommunikációt igényel. Fő motivációm, hogy különösen a rendszerességgel kontrollra járó betegeknél a lehető legkorábbi időpontban sikerüljön esetleges prosztatáját megállapítani, mindezt úgy, hogy ezen munka kapcsán kárt egy magát egészségesnek érző beteg lelkivilágában ne okozzák, és végig a folyamatban aktív partnerem legyen. Kiemelten fontos, hogy pontos kivizsgálást követően a beteg korrekt tájékoztatást kapjon és mindenről, a megfelelő írásos dokumentációval ellássam, hogy mind a háziorvosa, esetleg pl. költözése kapcsán, más kollégám kellően tájékoztatott legyen. Nagy segítségül szolgálhat a beteg egy hozzátartozójának bevonása is a döntő megbeszélésbe, amikor a kivizsgálása eredményeként lehetséges alternatívák egyenkénti előny/hátrány kitérőváltását követően maga a beteg dönt a továbblépés útjáról.

A skála az aktív követéstől a sugárig igen széles, amely azonban feltételezi a jól szervezett több intézménnyel kialakított tökéletes szakmai kapcsolatunk meglétét is. Meggyőződésem, hogy korrekt kivizsgálást követően jól tájékoztatott és megfelelő irányba segített betegünk betegségfelfogására, a jövőképeinek alakítására és még a gyógyulására is komoly hatással lehet a tájékozottsága, amelyre a szükséges időt rá kell szánnunk! Véleményem szerint a célravezető – sokszor betegenként és adott helyzetekben is különböző – kommunikációs stratégia az egyéni, egyértelmű sablon nincs, értékmérője maga az eredmény!

Kórházi hátterem adja esetemben a szakmai továbblépés hátterét, amit az osztályon végzett, 120 feletti radikális prostatectomia műtéti szám biztosít. A jelentősen lecsökkent műtéti idő, a pótlást nem igényelő műtéti vérvesztés és a műtét utáni inkontinencia csökkenő aránya kellő biztonságot ad az érdekelt betegek jövőjének tervezésében és a beteggel történő kommunikációban. A hisztológia, mint lényegi szolgáltatás is kiváló, mivel rendre csaknem azonos eredmények születnek a biopsziás anyagokból, mint az eltávolított tumoros szövetből. A daganatos betegek várakozási ideje – pl. műtetre – többnyire teljességgel a műtéti kivizsgálás idejére szorítkozik. A műtéttel azonos eredményességgel kezelhető betegek ellátása is megoldott a külső besugárzással vagy egyedüli brachyterápiával. Ezeket az OEP finanszírozza. Büszkének lehetnek betegeink, mivel több nyugat-európai sorstársuk számára a brachyterápia az országaikban fizetős! Megemlítendő, hogy 15 éves nemzetközi felmérés alapján a külső sugárkezelésnek és a brachyterápiának eredményessége megegyező! Potenciavesztés és inkontinencia aránya a brachyterápiával kisebb!

Néhány említésre alkalmasabb példa kapcsán mutatnám be pár betegem esetét:

- 71 éves magát egészségesnek tartó, panaszmentes beteg 5 éve követett (PSA, 1,9; 2,7; 3,9; 5,5 ng/ml). Három alkalommal végzett biopszia negatív eredményt adott. (Más intézményből másodlagos véleménykérésre jött szakrendelésemmre.) Csontszcintigráfia metasztázist nem talált. Ezek után végzett PCA3: 125-ös eredményt adott. A negyedik biopszia Gleason score 3+4=7 eredményt adott.

MR-vizsgálat a tokból kitört, a jobb vesicula seminalist is infiltráló npl-t írt le. Megoldás: sugárkezelés+TAB.

- 60 éves krónikus prostatitiszes anamnézisű, panaszmentes beteg 5 ng/ml-es PSA-értékkel. Tapintási lelet azonos a korábbi esztendők leletével, masszázis után bő váladéközülés. Egy hónapos ciprofloxacín kúrát követően a masszázis utáni váladékozás megszűnt és a PSA 2,6 ng/ml lett! Kontroll PSA ismét 5 ng/ml körüli. A biopszia az első alkalommal pozitív, a szövettan Gleason score 3+4=7 lett. Megoldás: total prostatectomia+margin pozitivitás miatt sugárkezelés.
- 55 éves urológiai szempontból panaszmentes beteg, „megnyugtatóan negatív tapintási lelettel” PSA 3,9 ng/ml-es. Hosszas konzultációt követően a beteg tanácsomat kérve – „aktív monitoring” elvekkel egyet nem értve – egyedül a PCA3 elvégzését tartottam célszerűnek, amely végül 75 lett. Az első biopszia már pozitív eredményt adott! A szóba jöhető lehetőségekből a műtétet választotta. Megoldás: total prostatectomia (margin neg.)

Összegzés

Meg kell állapítanom, hogy a bizonytalan esetekben a hosszabb időt igénylő sorozatos visszarendelések, kiegészítő vizsgálatok eredményeként felszínre kerülő pozitív esetek száma eléri azt az arányt, amely feledhetővé teszi az utólagosan feleslegesnek, vagy szükségtelennek minősíthető lépéseket és energiát!

Elgondolkoztatónak tartom, hogy szakrendelésemen az utóbbi kb. 10 évben, arányában a betegforgalom emelkedését meghaladó mértékben nagyobb számban sikerült tokon belüli stádiumában igazolni prosztatadaganatokat, aminek hátterében a megváltozott szűrési rendszert is valószínűsíthetem. Köszönhetően a Váci Kórház Urológia osztály csapatával, Patológiai osztályával, a CT és MR szolgáltató RADITEC Kft.-vel, az Országos Onkológiai Intézettel és az Uzsoki Kórház Onkológiával, a Debreceni Egyetem Urológiai Klinikájával, valamint a Semmelweis Egészségügyi Kft. PentaCore laboratóriumával kialakult példaértékű együttműködésnek, a komplex feladat a diagnosztikától a terápiáig teljességgel lefedett.